

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

 **National Medicare**

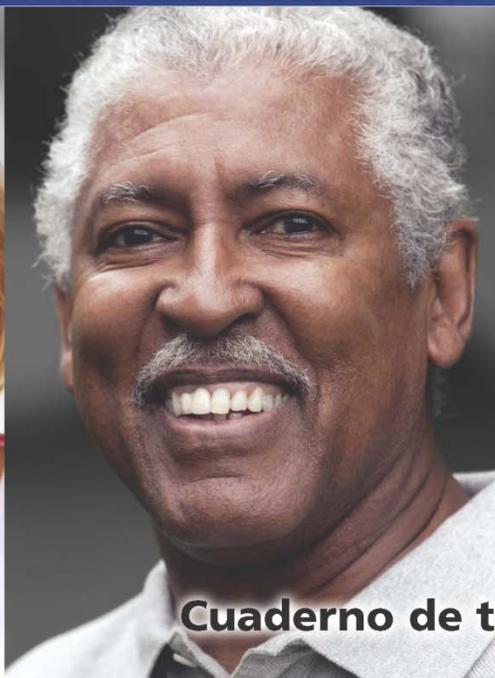
TRAINING PROGRAM

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Planes Medicare Advantage (MA): Módulo 11



**...para ayudarle a las personas
con Medicare a tomar decisiones
informadas sobre su salud**



Cuaderno de tareas para el 2011



El Módulo 11 *Planes Medicare Advantage y Otros Planes de Medicare* le explica las otras opciones para el cuidado de la salud que no son el Medicare Original.

Este módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés). La información en este módulo estaba vigente desde abril de 2011.



Si desea consultar las actualizaciones sobre la reforma del seguro médico, visite www.healthcare.gov.



Para ver la versión más actualizada de este módulo, visite www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp.

El material del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

Esta sesión lo ayudará a:

- Definir los planes Medicare Advantage (MA)
- Entender los requisitos de elegibilidad/inscripción
- Definir cómo funcionan los planes MA
- Identificar los tipos de planes MA
- Identificar otros planes Medicare
- Reconocer derechos/protecciones/apelaciones
- Entender las pautas de Medicare sobre el mercadeo

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

2

Esta sesión lo ayudará a:

- Definir los planes Medicare Advantage (MA)
- Entender los requisitos de eligilidad/inscripcion
- Definir cómo funcionan los planes MA
- Identificar los tipos de planes MA
- Identificar otros planes Medicare
- Reconocer derechos/protecciones/apelaciones
- Entender las pautas de Medicare sobre el mercadeo

Lecciones

1. ¿Qué es un Plan Medicare Advantage?
2. Requisitos para la Elegibilidad/Inscripción
3. Cómo funcionan los Planes MA
4. Tipos de Planes MA
5. Otros Planes de Medicare
6. Derechos, Protecciones, y Apelaciones
7. Pautas para el Mercadeo de Medicare

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

3

Este módulo incluye lecciones sobre:

1. ¿Qué es un Plan Medicare Advantage?
2. Requisitos para la Elegibilidad/Inscripción
3. Cómo funcionan los Planes MA
4. Tipos de Planes MA
5. Otros Planes de Medicare
6. Derechos, Protecciones, y Apelaciones
7. Pautas para el Mercadeo de Medicare

1. ¿Qué es un Plan Medicare Advantage?

- Breve introducción a los Planes Medicare Advantage

Esta breve lección le brinda información básica sobre los Planes Medicare Advantage.

¿Qué es un Plan Medicare Advantage?

(“MA” por su sigla en inglés)

- Opciones de planes médicos
 - Aprobados por Medicare
 - Administrados por empresas privadas
- Son parte del programa Medicare
 - A veces se les conoce como la “Parte C”
- Ofrecidos en todo el país
- Brindan los beneficios cubiertos por Medicare
 - Posiblemente le ofrezcan beneficios adicionales (por ejemplo servicios dentales y de la vista)

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

5

- Los Planes Medicare Advantage (MA por su sigla en inglés) son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas.
- Son parte del programa de Medicare , también se les conoce como la “Parte C”.
- Los Planes Medicare Advantage son ofrecidos en muchas partes del país por empresas privadas que firman un contrato con Medicare. Medicare le paga una cantidad fija a dichos planes de salud privados por el cuidado médico de sus miembros.
- Los Planes Medicare Advantage le brindan beneficios cubiertos por Medicare a sus miembros a través del plan y pueden ofrecer beneficios adicionales no cubiertos por Medicare, como por ejemplo, servicios dentales y de la vista. Estos planes podrían tener reglamento especiales que sus miembros deben cumplir.

2. Requisitos para la elegibilidad/inscripción

- Quién puede inscribirse
- Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan
 - Período de Inscripción Inicial
 - Período de Inscripción Anual
 - Período de Inscripción Especial

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

6

La Elegibilidad/Inscripción le explica:

- Quién puede afiliarse
- Cuando puede afiliarse o cambiar de plan
 - Período de Inscripción Inicial
 - Período de Inscripción Anual
 - Período de Inscripción Especial

¿Quién puede inscribirse?

- Requisitos de elegibilidad:
 - Vivir en la zona de servicio del plan
 - Tener derecho a la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)
 - Estar inscrito en la Parte B de Medicare (Seguro Médico)
 - No debe padecer de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por su sigla en inglés) al inscribirse
 - Hay ciertas excepciones
- Para inscribirse en un plan MA, usted debe:
 - Proporcionarle al plan la información necesaria
 - Aceptar las normas del plan
 - Pertener solamente a un plan Medicare Advantage a la vez

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

7

- Los Planes Medicare Advantage se pueden ofrecer a la mayoría de las personas con Medicare. Para poder inscribirse en un Plan Medicare Advantage, la persona tiene que:
 - Vivir en la zona geográfica de servicio del plan o en una zona de continuación de cobertura
 - Tener derecho a la Parte A (Hospital) de Medicare y estar inscrito en la Parte B (Seguro Médico) de Medicare
- Las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés) por lo general no pueden inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones. (Por ejemplo, una persona que se enferma con ESRD mientras está inscrita en un plan MA puede permanecer en el plan MA, y algunos Planes Medicare Advantage para Necesidades Especiales aceptan a las personas con ESRD). Una persona que recibe un trasplante de riñón y que ya no necesita un tratamiento regular de diálisis, no se considera una persona con ESRD para propósitos de su elegibilidad para un plan MA.
- Para inscribirse en un plan MA, la persona también tiene que:
 - Brindarle la información necesaria al plan,
 - Aceptar las normas del plan y
 - Pertener a solo un plan Medicare Advantage a la vez.



Para averiguar cuáles son los Planes Medicare Advantage disponibles en su zona, visite www.medicare.gov y bajo el Localizador de Recursos escoja el enlace para “Medicamentos y Planes de Salud”, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-977-486-2048. Si desea más información acerca de las excepciones para la inscripción de las personas con ESRD, consulte la Sección 20.2 de la guía de Medicare Advantage sobre inscripción y cancelación www.cms.gov/MedicareMangCareEligEnrol/

Cuando puede inscribirse o cambiar de plan MA*	
Período de Inscripción Inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El período de 7 meses empieza 3 meses antes de que usted cumpla 65 años. <ul style="list-style-type: none"> – Incluye el mes en que usted cumple 65 años – Termina 3 meses después del mes en que usted cumple 65 años
Período de Inscripción Anual “Inscripción Abierta”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 de Octubre – 7 de Diciembre ▪ La cobertura empieza el 1º de Enero
*El plan debe de estar aceptando nuevos miembros.	
04/18/2011	Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare
8	

- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage cuando es elegible para Medicare por primera vez, o sea:
 - Durante su Período de Inscripción Inicial, que comienza 3 meses directamente antes de su primer derecho a obtener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, o
 - En cualquier momento que un plan permite que se inscriban miembros nuevos, cosa que puede ocurrir durante el Período de Inscripción Anual, y bajo ciertas situaciones especiales que brindan un Período de Inscripción Especial.
- Usted puede inscribirse en un solo Plan Medicare Advantage a la vez, y la inscripción es por lo menos por un año.
- Usted puede cambiarse a otro Plan Medicare Advantage o al Medicare Original durante el Período de Inscripción Anual, también conocido como la “Inscripción Abierta”. Este período va del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, y la cobertura empieza el 1º de enero siguiente.

NOTA: Este cuadro se aporta como hoja informativa en el cuaderno de trabajo correspondiente. (Vea el Apéndice A).



Para más información sobre cuándo puede inscribirse o cambiar de Planes MA, vea la Sección 3204 de la Ley de atención Médica Asequible (a bajo costo).

Cuando puede inscribirse o cambiar de plan MA*	
Período de Inscripción Especial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se muda fuera del área de servicio de su plan <ul style="list-style-type: none"> –Y no puede quedarse en ese plan ▪ El plan se retira del programa Medicare ▪ Otras situaciones especiales
*El plan debe de estar aceptando nuevos miembros.	
<small>04/18/2011 Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare 9</small>	

- **Período de Inscripción Especial:** es posible que usted pueda cambiar de planes MA bajo ciertas circunstancias en las que se le otorga un Período de Inscripción Especial. Por ejemplo, si se muda fuera del área de servicio del plan, o el plan decide retirarse del Programa Medicare, o reduce su área de servicio al final del año, existen reglas especiales que permiten la inscripción en un plan Medicare Advantage distinto, o en el Medicare Original con una póliza Medigap.

NOTA: Este cuadro se aporta como hoja informativa en el cuaderno de trabajo correspondiente. (Vea Apéndice A).



Para más información sobre cuándo puede inscribirse o cambiar de Planes MA, vea la Sección 3204 de la Ley de atención Médica Asequible (a bajo costo).

Quando puede inscribirse o cambiar de plan MA*	
Nuevo en el 2011 Período Anual De Cancelación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre el 1º de Enero – 14 de Febrero ▪ Puede retirarse del Plan MA ▪ Cambia a Medicare Original ▪ La cobertura empieza el primer día del mes a partir del cambio ▪ Puede inscribirse en un plan de la Parte D <ul style="list-style-type: none"> – La cobertura de medicamentos empieza el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud. – No puede inscribirse en otro plan MA durante este período
<p>*El plan debe de estar aceptando nuevos miembros</p>	
04/18/2011	Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

- **Nuevo:** Si usted está en un plan MA, puede cambiarse al Medicare Original entre el 1º de enero y el 14 de febrero. Si usted regresa al Medicare Original durante este plazo, la cobertura de su plan entrará en vigencia el primer día del mes a partir de la fecha en que se hizo la elección o el cambio.
- Para cancelar su plan MA y regresar al Medicare Original durante este período, usted puede:
 - Hacer una solicitud directamente con la organización MA
 - Llamar a 1-800-MEDICARE
 - Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (PDP por su sigla en inglés) también conocido la Parte D.
- Si usted este cambio, también puede inscribirse en un PDP para añadir la cobertura de medicamentos. La cobertura de medicamentos empieza el primer día del mes después de que el plan reciba el formulario de inscripción.

NOTA: Este cuadro se aporta como hoja informativa en el cuaderno de trabajo correspondiente. (Vea el Apéndice A).

Derecho a prueba del Período de Inscripción Especial

- Personas que se inscriben en un Plan MA **por primera vez**
 - Cuando recién son elegibles a los 65 años, o
 - Se retiran del Medicare Original y cancelan Medigap
- Pueden cancelar su Plan MA durante los primeros 12 meses
 - Se inscriben en Medicare Original
 - Derecho garantizado de compra de una póliza Medigap

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

11

- Existen derechos especiales de prueba para un Período de Elección Especial disponibles para las personas que se han inscrito en un Plan Medicare Advantage por primera vez. Estos pueden cancelar su plan MA e inscribirse en el Medicare Original en cualquier momento durante los primeros 12 meses de su cobertura del Plan Medicare Advantage. Usted es elegible para este derecho a prueba si
 - Se inscribió en un Plan MA cuando fue elegible para Medicare por primera vez a los 65 años, o
 - Estaba en el Medicare Original, se inscribió en un Plan MA por primera vez y canceló su póliza Medigap.
- El derecho de prueba le permite cancelar su Plan MA durante los primeros 12 meses para inscribirse en el Medicare Original. También tiene el derecho garantizado a comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).

3. Cómo funcionan los planes MA

- Cuáles servicios puede recibir
- Redes de médicos y hospitales
- Planes MA vs. Medicare Original
- Costos del Plan MA
- Lo nuevo para el 2011

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

12

“Cómo Funcionan los Planes MA” le explica:

- Cuáles servicios puede recibir
- Redes de médicos y hospitales
- Planes MA vs. Medicare Original
- Costos de Plan MA
- Lo nuevo para el 2011

Cómo funcionan los planes MA

- Recibe los servicios a través del plan
 - Todos los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B
 - Algunos planes pueden brindar beneficios adicionales
- La mayoría de los planes incluyen la cobertura de los medicamentos recetados
- Tal vez deba atenderse con médicos/hospitales de la red
- Puede ser diferente que el Medicare Original
 - Beneficios
 - Costos compartidos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

13

- En la mayoría de los Planes de Medicare Advantage, usted recibe todos los servicios cubiertos por Medicare para la Parte A y Parte B por medio de ese plan. Algunos planes le pueden brindar beneficios adicionales.
- Muchos planes también incluyen la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare. Esta es la cobertura de la Parte D de Medicare.
- Medicare le paga a estos planes privados una cantidad mensual fija por su cuidado, sin importar si usted usa los servicios o no.
- Con ciertos planes, como los HMO, usted solamente puede acudir a ciertos médicos o ir a ciertos hospitales.
 - Los beneficios y costos compartidos en un plan Medicare Advantage pueden ser diferentes que en Medicare Original.

Cómo funcionan los planes MA

- Usted sigue estando en el programa de Medicare
- Sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare
- Si el plan se retira del programa Medicare
 - Usted puede inscribirse en otro plan MA o
 - Puede volver al Medicare Original

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

14

- Es importante que usted sepa que las personas que se inscriben en un Plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare:
 - Siguen estando en el programa de Medicare
 - Siguen teniendo los derechos y protecciones de Medicare
 - Si el plan decide dejar de participar en Medicare, usted tendrá que inscribirse en otro plan de Medicare o volver al Medicare Original.

Los costos de plan MA

- Debe seguir pagando la prima de la Parte B
 - Algunos planes le pagarán toda la prima, o parte de ella
 - Existe ayuda estatal para determinadas personas
- Tal vez tenga que pagar una prima mensual adicional
- Usted paga los deducibles, copagos y el coseguro
 - Diferente que Medicare Original
 - Diferentes en cada plan
 - Es posible que su costo por los servicios que reciba fuera de la red sea mayor

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

15

- Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage tiene que seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. El monto de prima de la Parte B en el 2011 es \$110.50 (\$96.40 para la mayoría de las personas con ciertos niveles de ingresos).
 - Algunos planes le pagan toda la prima, o parte de ella.
 - Algunas personas pueden ser elegibles para la ayuda estatal
- Quizás tenga que pagar una prima mensual adicional al plan
- Usted paga los deducibles, los copagos y el coseguro
 - Distinto al Medicare Original
 - Son diferentes en cada plan
 - Quizás su costo por los servicios que reciba fuera de la red sea mayor

MA – Nuevo en el 2011

Nuevo
en el
2011

- Los planes no pueden cobrar más que el Medicare Original
 - Quimioterapia
 - Diálisis
 - Atención en un centro de enfermería especializada
 - Otros servicios
- Los planes deben limitar los gastos directos del bolsillo
- Participantes en investigaciones clínicas aprobadas
 - Los costos pueden ser más reducidos
 - El plan puede cubrir algunos costos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

16

Platiquemos sobre algunas cosas nuevas para el 2011:

- Los Planes MA no pueden cobrar más que Medicare Original (Ley de Atención Médica Asequible, Sección 3202).
 - Para determinados servicios, tales como quimioterapia, diálisis, y atención en un centro de enfermería especializada
- Los planes MA deben limitar sus costos directos de su bolsillo
 - Para servicios cubiertos de la Parte A y Parte B (Ley de Atención Médica Asequible, Sección 3202).
- Si usted es aceptado como participante en una investigación clínica aprobada
 - Sus costos pueden ser más reducidos
 - El plan puede cubrir algunos costos



Para más información sobre servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, vea la Ley de Atención Médica Asequible, Secciones 2101 y 3202.

4. Tipos de Planes MA

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Organización de Proveedor Preferido (PPO)
- Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)
- Plan de Necesidades Especiales (SNP)
- HMO con opción de punto de servicio (HMOPOS)
- Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

17

A continuación le explicamos los seis tipos principales de Planes de Medicare Advantage.

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Organización de Proveedor Preferido (PPO)
- Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)
- Plan de Necesidades Especiales (SNP)
- HMO con opción de punto de servicio (HMOPOS)
- Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)

Plan HMO de Medicare	
¿Puede obtener sus servicios de cualquier médico u hospital?	No. Por lo general usted debe obtener los servicios de los proveedores de la red.
¿Se cubren los medicamentos recetados?	Sí, en la mayoría de los casos.
¿Debe escoger un médico de atención primaria?	Sí, en la mayoría de los casos.
¿Necesita un referido para consultas con el especialista?	Sí, en la mayoría de los casos.
¿Qué más le hace falta saber sobre éste tipo de plan?	<p>Qué puede hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si su médico se retira del plan ▪ Para obtener servicios de salud fuera de la red del plan ▪ Para seguir las reglas del plan
04/18/2011	Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare
	18

- En un Plan HMO
 - Por lo general usted debe recibir su cuidado y servicios de los médicos y hospitales dentro de la red del plan (con la excepción de cuidado de emergencia, atención urgente fuera del área de servicio, o diálisis fuera del área de servicio). Con ciertos planes, es posible que usted tendrá que ir fuera de la red para obtener determinados servicios, usualmente por un costo más elevado. A esto se le llama una HMO con opción POS.
 - En la mayoría de los casos se cubren las medicinas recetadas. Pregúntele al plan. Si usted desea cobertura de medicamentos recetados, deberá inscribirse en un Plan HMO que ofrece cobertura de medicinas recetadas.
 - En la mayoría de los casos usted debe escoger un médico de atención primaria.
 - En la mayoría de los casos usted deber un referido para consultar con un especialista. Determinados servicios, tales como las mamografías anuales no requieren un referido.
 - Si su médico se retira del plan, su plan se lo avisará y usted puede escoger a otro médico en el plan.
 - Si usted obtiene cuidado fuera de la red del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo.
 - Es importante que cumpla las normas del plan, tal como obtener aprobación previa para determinado servicio, cuando sea necesario.
 - Los planes LMA pueden variar. Lea los materiales del plan con detenimiento para asegurarse de que entiende sus reglamentos. Es posible que quiera contactar al plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuánto cuesta.



Visite www.medicare.gov, o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 -877-486-2048.



NOTA: La información en este cuadro, y en las diapositivas siguientes vienen del manual 2011 *Medicare & Usted*, CMS Pub. # 10050. Se puede ver en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>.

Plan PPO	
¿Puede obtener sus servicios de salud de cualquier médico u hospital?	Sí. Los PPO tienen redes, pero usted puede usar proveedores que no están en la red, usualmente por un costo adicional.
¿Se cubren los medicamentos recetados?	Sí, en la mayoría de los casos.
¿Debe escoger un médico de atención primaria?	No
¿Necesita un referido para consultas con el especialista?	No
¿Qué más le hace falta saber sobre éste tipo de plan?	▪ Existen dos tipos de PPO – los PPO Regionales y los PPO locales.
<p>04/18/2011 Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare 19</p>	

- En un Plan Medicare PPO
 - Usted tiene los médicos y hospitales de la red PPO, pero también puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, usualment por un costo más elevado.
 - En la mayoría de los casos se cubren los medicamentos recetados. Pregúntele al plan. Si usted quiere cobertura de medicamentos recetados, debe inscribirse en un Plan PPO que ofrezca la cobertura de los medicamentos recetados.
 - Usted no tiene que escoger un médico de atención primaria.
 - Hay dos tipos – los PPO Regionales y los PPO Locales.
 - Un PPO Regional atiende a una de las 26 regiones establecidas por Medicare.
 - Generalmente lo escogen los beneficiarios que buscan tratamiento en un estado que no es su estado de residencia.
 - Generalmente lo escogen los beneficiarios que cada año pasan gran parte del año en un estado que no es su estado de residencia (p.e. los trabajadores “golondrina”).
 - Los PPO locales atienden a los condados que el Plan PPO opta por incluir dentro de su área de servicio. Los PPO locales tienen límites obligatorios, establecidos por Medicare, sobre los gastos directos de su bolsillo.
 - Los Planes MA pueden variar. Lea los materiales del plan con detenimiento para asegurarse de que entiende las reglas del plan. Es posible que quiera contactarse con el plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuanto cuesta. Visite www.medicare.gov, o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 -877-486-2048.



Plan PFFS de Medicare	
¿Puede obtener sus servicios de salud de cualquier médico u hospital?	Usted puede acudir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepta los términos de pago del plan y está de acuerdo en tratarlo. No todos los proveedores lo harán. Si usted se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede acudir a cualquier proveedor de la red que haya acordado siempre brindarle tratamiento a los miembros del plan.
¿Se cubren los medicamentos recetados?	A veces. Si su Plan PFFS no ofrece cobertura para medicamentos recetados, usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para obtenerla.
¿Debe escoger un médico de atención primaria?	No
¿Necesita un referido para consultas con el especialista?	No
04/18/2011 Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare 20	

- En un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare (PFFS por su sigla en inglés):
 - Usted puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte los términos de pago del plan y acepte tratarlo. No todos los proveedores lo harán. Si usted se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede ser atendido por cualquier proveedor de la red que siempre haya aceptado tratar a los miembros del plan.
 - Los medicamentos recetados a veces están cubiertos. Si su Plan PFFS no ofrece cobertura de los medicamentos recetados, usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para obtenerla.
 - No necesita escoger un médico de atención primaria.
 - No necesita un referido para ver a un especialista.

<h2>Plan PFFS de Medicare</h2>	
¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No son lo mismo que el Medicare Original ni Medigap. ▪ El plan decide cuánto debe pagar por los servicios. ▪ Algunos Planes PFFS tienen una red de proveedores que están dispuestos a brindarle atención siempre. ▪ En un plan PFFS que tiene una red, usted tal vez tenga que pagar más si elige ver a un proveedor que está fuera de la red. ▪ Los proveedores que están fuera de la red pueden decidir no atenderlo, aunque lo hayan atendido anteriormente. ▪ Asegúrese de que sus proveedores están de acuerdo en atenderlo bajo su plan y que aceptan los términos de pago del plan. ▪ En caso de emergencia, los proveedores tienen que tratarlo.
04/18/2011 21 Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare	

- Lo que necesita saber sobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare (PFFS):
 - Los Planes PFFS no son lo mismo que Medicare Original o una póliza Medigap.
 - El plan decide la cantidad que usted tiene que pagar por los servicios.
 - Algunos Planes PFFS tienen una red de proveedores que aceptan tratarlo aunque usted nunca los haya visto antes.
 - Si usted se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, quizás tenga que pagar más si elige ver a un médico, hospital u otro proveedor que está fuera de la red.
 - Los médicos, hospitales o proveedores que están fuera de la red pueden decidir no tratarlo, aunque usted los haya visto anteriormente.
 - Para cada servicio, asegúrese que su médico, hospital u otro proveedor acepte tratarlo bajo su plan y que acepta los términos de pago del plan.
 - En una emergencia, los médicos, hospitales y otros proveedores tienen que tratarlo.
- Los Planes Medicare Advantage pueden variar. Lea los materiales de los planes individuales atentamente para asegurarse de que entienda las normas del plan. Quizás quiera comunicarse con el plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuánto cuesta.



Visite www.medicare.gov o llame al 1 -800 MEDICARE (1 800 633 4227) para encontrar un plan en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 -877-486 2048.

Requisitos de acceso de los PFFS para el 2011

Nuevo en el 2011

- Los planes PFFS de empleador deben cumplir con los requisitos de acceso
- Los planes pueden cumplir con los requisitos de acceso mediante una red contratada de proveedores
- En donde existan dos o más opciones de plan MA con una red de proveedores:
 - Los planes PFFS que no sean ofrecidos por un empleador, deben cumplir los requisitos de acceso por medio de contratos con los proveedores.

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

22

- La Ley de Mejoras de Medicare para Pacientes y Proveedores (MIPPA) requiere que desde principios del 2011 todo plan Privado de Pago-por-Servicio de empleador debe cumplir los requisitos de acceso a Medicare por medio de contratos con proveedores. Los requisitos de acceso existen para garantizar que los beneficiarios tengan acceso un número adecuado de proveedores en su área, que estén dispuestos a tratarlos.
- Los planes PFFS de empleador y los que no están patrocinados por un empleador pueden satisfacer los requisitos por medio de una red contratada de proveedores que cumplan las estipulaciones de CMS, o cuando paguen como mínimo lo que paga el Medicare Original, y con la consideración de que los proveedores contratados hayan aceptado los términos del plan y las condiciones de pago del plan; basándose en cada paciente y cada consulta. A este proceso también se le llama “consideración” (“deeming”).
- Adicionalmente, todo plan PFFS que no esté patrocinado por un empleador debe satisfacer los requisitos de acceso de Medicare por medio de contratos con proveedores si existen dos o más opciones de plan MA que tengan una red de proveedores.

Planes Medicare para Necesidades Especiales (SNP)	
¿Puede obtener sus servicios de salud de cualquier médico u hospital?	Por lo general usted debe obtener su cuidado y servicios de los proveedores de la red del plan.
¿Se cubren los medicamentos recetados?	Sí.
¿Debe escoger un médico de atención primaria?	Generalmente, sí.
¿Necesita un referido para consultas con el especialista?	Sí, en la mayoría de los casos.
04/18/2011	Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare
	23

- Los Planes Medicare para Necesidades Especiales son planes Medicare Advantage diseñados para brindar atención enfocada sobre el cuidado de salud, la experiencia especializada de los proveedores del plan, y beneficios hechos a la medida para tratar las condiciones de los afiliados.
- Por lo general usted debe conseguir su cuidado y servicios de médicos u hospitales dentro de la red del plan, con la excepción del cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área, o diálisis fuera del área.
- Todos los SNP deben proveer cobertura de la Parte D.
- Por lo general usted no tiene que escoger un médico de atención primaria.
- En la mayoría de los casos, usted no necesita un referido para ver al especialista. Determinados servicios, tal como las mamografías anuales, no requieren un referido.

Los SNP de Medicare

¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?

- Un plan debe limitar su inscripción únicamente a personas de uno de los siguientes grupos:
 - Los que viven en determinadas instituciones
 - Personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid
 - Personas con una o más condiciones crónicas o discapacitantes
- El plan puede imponer otros límites
- El plan debe coordinar los servicios y proveedores que usted necesita
- El plan debe verificar que los proveedores que usted usa aceptan Medicaid si usted tiene Medicare y Medicaid
- El plan debe asegurarse de que los proveedores del plan atienden a personas donde usted vive, si usted vive en una institución

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

24

- Lo que debe saber sobre un Plan de Necesidades Especiales:
 - El plan debe limitar la inscripción a las personas de uno de los grupos siguientes:
 - 1) Personas que viven en determinadas instituciones (como un asilo para ancianos) o que requieren servicios de enfermería en el hogar, o
 - 2) Personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid, o
 - 3) Personas con una o más condiciones crónicas o discapacitantes, como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Los planes pueden limitar aún más la inscripción dentro de dichos grupos.
 - Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse saludable y seguir las órdenes de su médico
 - Si usted tiene Medicare y Medicaid, su plan debe asegurarse de que todos los médicos del plan u otros proveedores de salud que usted usa aceptan Medicaid.
 - Si usted vive en una institución, asegúrese de que los médicos del plan u otros proveedores de salud atienden a las personas donde usted vive.
 - Los Planes MA pueden variar. Lea los materiales de los planes individuales atentamente para asegurarse de que entiende las normas del plan. Es posible que quiera comunicarse con el plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuanto cuesta.



Visite www.medicare.gov o llame al 1 -800 MEDICARE (1 800 633 4227) para encontrar un plan en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 -877 486 2048.

Planes MA menos comunes

- Plan HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS)
 - Puede permitir los servicios de fuera de la red
- Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)
 - Combinan un plan con un deducible alto y una cuenta bancaria
 - Medicare deposita dinero en la cuenta
 - Usa el dinero para pagar por los servicios médicos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

25

- Otros tipos menos comunes de Planes MA incluyen:
 - Planes HMO con Opción de Punto-de-Servicio (HMOPOS)—Un plan que le permite obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado.
 - Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) – Un plan que combina un plan de salud con un deducible alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta, y usted usa el dinero para pagar por los servicios médicos.



Para mayor información sobre los MSA, visite:

www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11206.pdf para ver el folleto “Su Guía a los Planes de Cuenta de Ahorro Médico de Medicare”. También puede llamar al 1-800-



MEDICARE (1-800-633-4227) para que le envíen un ejemplar por correo. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

5. Otros tipos de planes MA

- Planes Medicare de Costo
- Demostraciones y Programas Piloto
- PACE – Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

26

Otros tipos de planes MA son:

- Planes Medicare de Costo
- Demostraciones y Programas Piloto
- PACE – Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos

Otros planes de Medicare

- No son Medicare Advantage, pero siempre son parte de Medicare
- Algunos le ofrecen la cobertura de la Parte A y/o la Parte B
- Algunos le ofrecen la cobertura de la Parte D
- Estos planes incluyen:
 - Planes Medicare de Costo
 - Programas Piloto
 - Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

27

Algunos tipos de planes Medicare que le ofrecen cobertura médica no son planes Medicare Advantage, pero siempre siguen siendo parte de Medicare. Algunos le ofrecen la cobertura de la Parte A (seguro de hospital) y/o la Parte B (seguro médico) y algunos le ofrecen la cobertura de la Parte D (cobertura de los medicamentos recetados). Estos planes tienen algunas de las mismas normas que los Planes Medicare Advantage. Se explican brevemente a continuación y en la siguiente página. Sin embargo, cada tipo de plan tiene normas y excepciones especiales, y usted debe comunicarse con el plan si desea más detalles.

- Estos incluyen:
 - **Los Planes Medicare de Costo** —parecidos a un HMO, pero los servicios recibidos fuera del plan son cubiertos por el Medicare Original
 - **Demostraciones y Programas Piloto**—proyectos especiales que evalúan mejoras futuras en la cobertura, los costos, y la calidad de los servicios.
 - **Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés)**—combina los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para los ancianos frágiles.

Nota: Las siguientes páginas le ofrecen un resumen breve de otros tipos de planes Medicare. Le sugerimos que agregue diapositivas e información específica sobre los planes de su zona.

Planes Medicare de Costo

- Disponibles en áreas limitadas
- Debe tener la Parte B para inscribirse
- Puede acudir a un proveedor que no está en la red
 - Los servicios estarán cubiertos por Medicare Original
- Puede inscribirse en cualquier oportunidad que se estén aceptando nuevos miembros
- Puede cancelar en cualquier momento
 - Regresa a Medicare Original
- Puede obtener cobertura de medicamentos recetados de Medicare
 - Del Plan
 - Comprando un plan de medicamentos recetados de Medicare

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

28

- Los Planes Medicare de Costo son un tipo de plan médico disponible en ciertas partes del país.
- Los planes de costo funcionan de esta manera:
 - Usted puede inscribirse aunque sólo tenga la Parte B.
 - Si usted acude a un proveedor que no forma parte de la red del plan, los servicios serán cubiertos por el Medicare Original. Usted pagaría la prima de la Parte B y el coseguro y deducibles de las Partes A y B.
 - Puede inscribirse en un Plan Medicare de Costo en cualquier momento que estén aceptando miembros nuevos y puede cancelarlo en cualquier momento y regresar a Medicare Original.
 - Puede obtener la cobertura de sus recetas médicas del plan (si la ofrece) o puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar dicha cobertura. Usted únicamente puede añadir o cancelar la cobertura de Medicamentos Recetados en ocasiones determinadas. Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, comuníquese con el plan que le interesa.
 - También puede visitar www.medicare.gov en la Web.
 - Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) también le puede brindar información.



También puede visitar www.medicare.gov en el Internet.

Demostraciones y programas piloto

- Proyectos especiales para evaluar mejoras
 - Cobertura de Medicare
 - Pagos
 - Calidad de los servicios
- La elegibilidad normalmente está limitada
 - Un grupo de personas específicas
 - Una zona específica del país
- Ejemplos
 - Plan MA para los pacientes con ESRD
 - Nuevos servicios preventivos de Medicare

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

29

- Las Demostraciones y Programas Piloto de Medicare son proyectos especiales que evalúan mejoras en la cobertura, los pagos y la calidad de los servicios de Medicare. Usualmente son para grupos específicos y/o se ofrecen únicamente en áreas específicas. Algunos siguen las normas de los Planes Medicare Advantage, pero otros no. Los resultados de las demostraciones han ayudado con la gestión de cambios en Medicare a lo largo de los años.
- Hable con personal de la demostración el programa piloto para conseguir más información acerca de cómo funciona.



Para conseguir más información, visite www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/ o www.medicare.gov en el Internet, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Nota: El instructor puede agregar información específica para un estado o aportar ejemplos.

Planes Medicare PACE

- Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos
- Combina servicios para ancianos frágiles
 - Servicios médicos, sociales, cuidado a largo plazo
 - Incluye cobertura de los medicamentos recetados
- Una alternativa al asilo para ancianos
- Sólo en los estados que lo ofrecen bajo Medicaid
- Los criterios de elegibilidad varían en cada estado
 - Comuníquese con la oficina estatal de Ayuda Médica para más información

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

30

- Los Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés) combinan los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para ancianos frágiles que viven y reciben cuidado médico en la comunidad. Los programas de PACE brindan todos los servicios médicos necesarios, incluyendo medicamentos recetados. Para algunas personas PACE puede ser una mejor opción que un asilo para ancianos. PACE es un programa conjunto de Medicare y Medicaid que puede estar disponible en estados que han elegido ofrecerlo como un beneficio opcional de Medicaid y los requisitos de elegibilidad para PACE varían de estado a estado.
- Llame a su oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid) para averiguar sobre su elegibilidad y si hay un programa PACE donde usted vive.



También puede visitar www.cms.hhs.gov/pace/pacesite.asp en el Internet para obtener las direcciones y números de teléfono de PACE.

Nota: El instructor puede mencionar ciertos planes locales.

6. Derechos, Protecciones, y Apelaciones

- Derechos y Protecciones garantizados
- Proceso de Apelaciones
- Derechos de Apelación
- Avisos Requeridos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

31

Esta lección explica:

- Derechos y Protecciones garantizados
- Proceso de Apelaciones
- Derechos de Apelación
- Avisos Requeridos

Derechos garantizados

- Para obtener los servicios médicos necesarios
- Para recibir información fácil de entender
- A que su información médica personal se mantenga confidencial

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

32

Toda persona con Medicare tiene garantizados ciertos derechos y protecciones. Los tienen sin importar si están en Medicare Original, en un Plan MA, u otro programa de Medicare, si tienen un plan de medicamentos de Medicare, o si tienen una póliza Medigap.

- Se garantizan los siguientes derechos:
 - A conseguir servicios de cuidado de salud necesarios
 - A recibir información que es fácil de entender
 - A que su información médica personal se mantenga confidencial

Sus derechos en los planes de salud de Medicare

- Opciones de proveedores
- Acceso a los proveedores de la salud (plan de tratamiento)
- Saber cómo le pagan a su médico
- Un proceso de apelación justo, eficiente y rápido
- Proceso para quejas
- Información sobre la cobertura/pago antes de recibir el servicio
- La confidencialidad de su información médica personal

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

33

Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones mencionados anteriormente, usted tiene el derecho a:

- Elegir a los proveedores del plan para que le brinden atención médica.
- Recibir un plan de tratamiento de su médico si tiene una condición médica compleja o grave. Un plan de tratamiento le permite ver a un especialista directamente dentro del plan las veces que usted y su médico consideren necesario. Las mujeres tienen el derecho de acudir a un especialista de servicios de salud para la mujer dentro del plan para servicios rutinarios y preventivos, sin ser referidas.
- Saber cómo le pagan a sus médicos si usted se lo pregunta al plan. Medicare no le permite a un plan que pague a los médicos de una forma que interfiera con su acceso a los servicios que necesita.
- Un proceso de apelación justo, eficiente y rápido para resolver problemas de pago y cobertura con su plan. Usted tiene el derecho de pedirle a su plan que le cubra o pague por un servicio que usted cree que le deben cubrir, brindar o continuar.
- Presentar una queja sobre otros problemas con su plan, por ejemplo, si usted cree que las horas de atención de su plan deben cambiar o no hay suficientes especialistas en el plan como para ayudarlo. Vea los materiales del plan para los miembros o llame a su plan para averiguar cómo se presenta una queja.
- Recibir una decisión de cobertura o información sobre su cobertura antes de obtener los servicios para saber si su plan los cubrirá o para recibir información sobre las normas de cobertura de su plan. También puede llamar a su plan si tiene preguntas sobre sus derechos y protecciones. Su plan tiene la obligación de responder a sus preguntas.
- La confidencialidad de su información médica personal. Para más información acerca de sus derechos de confidencialidad, lea los materiales de su plan o llame al plan.
- Para más información lea los documentos que le envía el plan o llame a su plan.

Las apelaciones si tiene un plan Medicare Advantage

- El plan tiene que informarle por escrito cómo apelar, si
 - No quiere pagar por un servicio
 - No permite un servicio
 - Termina o reduce el programa de tratamiento
- Puede pedir una decisión rápida (acelerada)
 - El plan debe tomar una decisión dentro de 72 horas
- Vea los documentos que le envía el plan
 - Incluye las instrucciones sobre cómo tramitar una apelación o queja

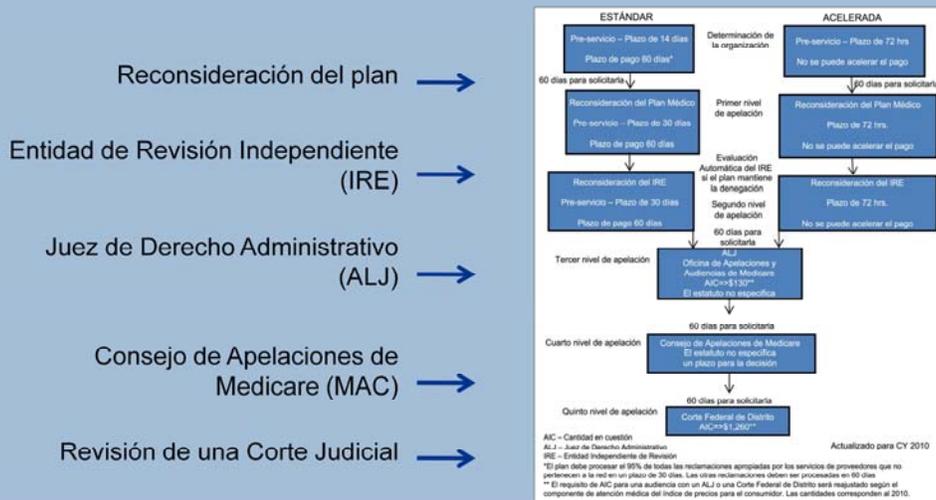
04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

34

- El plan tiene que informarle a sus miembros por escrito cómo apelar. Las personas en un Plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare pueden apelar si el plan no paga, no autoriza, o termina o reduce el tratamiento que ellos creen que se debe continuar o estar cubierto. Si creen que su salud corre peligro mientras esperan una decisión sobre algún servicio, deben solicitar una apelación acelerada.
- Si la solicitud para una apelación acelerada lo presenta o convalida un médico, el plan tiene que tomar una decisión dentro de 72 horas. El miembro o el plan pueden aumentar el plazo hasta 14 días para recopilar más información médica. Después de que usted haya apelado, el plan revisará su decisión. Posteriormente, si el plan no decide a favor del miembro, una organización independiente que trabaja para Medicare -no para el plan- evaluará la decisión. Vea los documentos del plan o comuníquese con el plan para más detalles sobre sus derechos de apelación bajo Medicare.

Medicare Parte C Proceso de Apelación



04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

35

- Este cuadro muestra el proceso de apelación para los miembros de los planes de Medicare. Los plazos varían dependiendo de si solicita una apelación estándar o si califica para una apelación acelerada.
- Si usted le pide a su plan que le brinde o pague por un servicio o suministro y ellos se lo niegan, usted puede apelar la decisión inicial del plan (la "determinación de la organización"). Recibirá una notificación explicándole porqué su plan le negó su pedido e instrucciones para apelar la decisión de su plan.
- Hay cinco niveles de apelación. Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, usted apelar al nivel siguiente si cumple los requisitos para hacerlo.
- Después de cada nivel, usted recibirá instrucciones explicándole cómo pasar al próximo nivel de apelación. Los cinco niveles son los siguientes:
 - Reconsideración del plan de salud de Medicare
 - Reconsideración de la Entidad de Revisión Independiente
 - Una audiencia con el Juez de Derecho Administrativo
 - Evaluación del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés)
 - Revisión de una Corte Judicial

Nota: Para más información detallada, vea la publicación *Planes Medicare Advantage y Planes Medicare de Costo: Cómo Presentar una Queja (Queja o Apelación)* en www.Medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11312.pdf.



Nota: Este cuadro está disponible como una hoja del cuaderno de trabajo. (Vea el Apéndice B).

Proceso de apelación acelerado de los planes de salud de Medicare

- *Aviso de No-Cobertura de Medicare*
 - El proveedor debe entregarlo por lo menos 2 días antes de que termine su cuidado de salud
- Si usted cree que los servicios van a terminar demasiado pronto
 - Comuníquese con su Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)
- La QIO debe avisarle sobre su decisión
 - Para el final del día laborable después de haber recibido toda la información necesaria

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

36

- Con el proceso de Apelaciones aceleradas del plan de salud de Medicare:
 - Usted tiene el derecho a pedirle a su plan que le brinde o pague por un servicio cubierto por Medicare que usted cree debería ser continuado en un centro de enfermería especializada, por medio de una agencia de cuidado de salud en el hogar, o en un centro integral de rehabilitación ambulatorio.
 - Su proveedor debe entregarle un Aviso de No-Cobertura de Medicare por lo menos 2 días antes de que termine su cuidado de salud en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria(CORF), o auxiliar de cuidado de salud en el hogar (HHA).
- Si usted cree que los servicios van a terminar demasiado pronto, contacte a su Organización para Mejoras de la Calidad (QIO) a más tardar para el mediodía del día antes de que se terminen los servicios cubiertos por Medicare, para solicitar una apelación acelerada.
 - Consulte su aviso para averiguar cómo contactar a su QIO y para obtener otra información importante.
- La QIO debe avisarle sobre su decisión antes del final del día laborable después de haber recibido toda la información necesaria.
 - El plan debe darle una *Explicación Detallada de No-Cobertura*. Este aviso le explicará porqué se está descontinuo la cobertura.
 - Usted tiene el derecho a pedir una reconsideración por parte del QIO si no está satisfecho con los resultados de la apelación acelerada.

Apelaciones de los pacientes internados en un Hospital

- El proveedor/plan debe proveer el Aviso NODMAR
 - Por lo menos el día antes de la terminación de servicios si:
 - El afiliado no está de acuerdo con la decisión de darle de baja
 - El proveedor/plan reduce el nivel de cuidado del afiliado
- Apelar ante la QIO para el mediodía del primer día después del Aviso NODMAR
- Decisión de la QIO usualmente dentro de 2 días
 - El afiliado se queda en el hospital
 - No tiene ninguna responsabilidad financiera hasta que la QIO otorgue su decisión

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

37

- Para las apelaciones de los pacientes internados en el hospital, el proveedor o el plan debe proveer una Notificación de Medicare de Alta y Derechos de Apelación (NODMAR por su sigla en inglés) por lo menos el día antes de la terminación de servicios si el afiliado no está de acuerdo con la decisión de darle el alta, o si el proveedor/plan reduce el nivel de cuidado del afiliado dentro del mismo centro.
- La persona posteriormente puede apelar, enviando una solicitud a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por su sigla en inglés) antes del mediodía del primer día después de recibir el NODMAR. La decisión de la QIO usualmente se recibe dentro de 2 días. El afiliado se queda en el hospital mientras se espera la decisión de la QIO, y por lo general no incurre ninguna responsabilidad financiera.
- Sin embargo, tenga en cuenta que tal vez tenga que pagar por los servicios de internación en el hospital que se le brindan a partir del mediodía de la fecha en que la QIO entrega su decisión. Es posible que deba irse del hospital en o antes de esa hora para evitar alguna responsabilidad financiera.

Para más información sobre el aviso visite a
www.cms.gov/Transmittals/Downloads/R4QIO.pdf



Sus derecho si presenta un apelación a su plan de salud de Medicare

- Tiene derecho a revisar sus archivos (el expediente de su caso)
 - Llame o escríbale a su plan
 - Pueden cobrarle un honorario

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

38

- Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare y está presentando una apelación, tiene ciertos derechos. Es posible que le convenga llamar o escribirle a su plan y pedirle una copia de su caso (historia clínica). Vea su *Evidencia de Cobertura*, o el aviso que recibió explicándole porqué no recibió los servicios que quería, para conseguir el número telefónico o la dirección de su plan.
- El plan puede cobrarle una tarifa por fotocopiar esta información y mandársela. Su plan debería darle estimado de cuánto le va a costar basándose en la cantidad de páginas que contiene su archivo, más el envío normal por correo.

Notificaciones obligatorias

- El Plan debe entregarle una notificación después de cada:
 - Determinación adversa
 - Apelación adversa
- Incluye
 - Explicación detallada los servicios negados
 - El siguiente nivel de apelación
 - Instrucciones específicas

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

39

- Los patrocinadores del plan tienen que darle una notificación después de cada determinación adversa sobre cobertura, también conocido como la decisión inicial o apelación.
- Por otra parte, todas las entidades de la apelación están obligadas a mandar un aviso por escrito cuando toman decisiones adversas. Estos avisos explican la decisión tomada, incluyendo una explicación detallada de porqué le negaron los servicios, información sobre el siguiente nivel de apelación e instrucciones específicas sobre cómo presentar la apelación.

7. Pautas para el mercadeo de Medicare

- Disposiciones sobre el mercadeo
- Actualizaciones clave
- Recordatorios de actividades promocionales
- Información sobre agentes
- Vigilancia del mercadeo

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

40

Pautas para el mercadeo de Medicare explica:

- Disposiciones sobre el mercadeo
- Actualizaciones clave
- Recordatorios de actividades promocionales
- Información sobre agentes
- Vigilancia del mercadeo

Pautas para el mercadeo

- Pautas finales para el mercadeo de Medicare
 - Divulgadas el 4 de junio, 2010
- Se esclarecen políticas y orientaciones operativas
 - Vigentes para el año contractual 2011
- Los requisitos de mercadeo de CMS son aplicables
 - Planes Medicare Advantage
 - Planes de Medicamentos Recetados
 - Planes de Costo

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

41

Las pautas finales, divulgadas el 4 de junio, 2010 incluyen revisiones para esclarecer políticas y agilizar las orientaciones operativas para planes de salud.

Los requisitos de mercadeo de CMS se aplican a los Planes Medicare Advantage, Planes de Medicamentos Recetados, y Planes de Costo a menos de que los reglamentos o las pautas indiquen lo contrario.

Disposiciones para el mercadeo

- Determinados materiales informativos para el beneficiario
 - No requieren una evaluación
 - Para las Partes C y D, se requiere que los patrocinadores del plan usen materiales de mercadeo con modelos estandarizados
 - En caso de que CMS aporte materiales con modelos estandarizados

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

42

- Los materiales informativos ad hoc para los beneficiarios de las Partes C y D:
 - La definición de materiales de mercadeo excluye materiales informativos ad hoc sobre actividades de procesamiento de reclamaciones.
 - Si bien los materiales informativos para afiliados actuales no están sujetos al proceso de revisión y aprobación que se aplica a los materiales de mercadeo, CMS se reserva el derecho de evaluar y aprobar los materiales informativos para afiliados actuales.
 - Para las Partes C y D, se requiere el uso de materiales de mercadeo con modelos estandarizados.
 - Se requiere que los patrocinadores de Organizaciones Medicare Advantage y de Planes de Medicamentos Recetados use textos y formatos de mercadeo estandarizados, y sin cambio alguno, en toda instancia en que CMS aporte textos y formatos estandarizados.

Actualizaciones nuevas de mercadeo

- Correspondencia que no esté relacionada con la salud ni con el plan
- Mercadeo en las redes sociales del Internet
- Remuneración de corredores/agentes

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

43

- Los patrocinadores de planes deben incluir el nombre del plan o su logotipo para envíos postales no relacionados con la salud ni el plan.
- Los patrocinadores de planes pueden utilizar las redes sociales de Internet, tales como Facebook y Twitter, para comercializar sus productos. CMS vigilará estos sitios cuidadosamente y como resultado, es posible que cambie sus políticas en un futuro.
- CMS ha establecido límites sobre la remuneración para asegurarse que los corredores y agentes no tengan incentivos para animar a los beneficiarios a escoger planes, que tal vez no sean lo mejor para sus necesidades y/o preferencias.

Divulgación de la información del plan a los miembros nuevos y los que renuevan

- Los MA y PDP deben divulgar la información del plan
 - Al momento de inscripción y por lo menos una vez al año
 - Se requiere el Aviso Anual de Cambios / Evidencia de Cobertura
 - Formulario general o abreviado
 - Directorio farmacéutico
 - Directorio de proveedores
 - Tarjeta de identificación de miembro al momento de la inscripción / según sea necesario

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

44

- Para asegurarse de que los beneficiarios reciban amplia información sobre el plan acerca de sus opciones de salud, CMS requiere que las organizaciones MA y PDP divulguen cierta información del plan en el momento de inscripción y por lo menos una vez al año, 15 días antes del Período de Elección Anual.
 - Este requisito incluye la entrega anual del Aviso de Cambio Anual y Evidencia de Cobertura estandarizada que debe ser recibida por los miembros a más tardar el 31 de octubre de cada año.
 - Un formulario general o un formulario abreviado que incluya información sobre cómo el beneficiario puede obtener un formulario completo (sólo para los patrocinadores de la Parte D).
 - Directorio farmacéutico (para todos los patrocinadores de planes que ofrecen el beneficio de la Parte D).
 - Directorio de proveedores (todo tipo de plan menos los PDP).
 - Tarjeta de identificación del miembro (requerida sólo en el momento de la inscripción o cuando sea necesaria o requerida por el patrocinador de un plan después de la inscripción).

Recordatorios sobre actividades promocionales

Regalos simbólicos (nominales)

- Las organizaciones pueden ofrecer regalos a miembros potenciales
 - Deben tener valor simbólico (nominal)
 - Se define en las pautas de mercadeo
 - Actualmente es \$15, basado en el precio al menudeo
- Se lo tienen que regalar, sin importar si el beneficiario se inscribe o no

Las organizaciones pueden ofrecer regalos a los afiliados potenciales siempre cuando que dichos regalos tengan un valor simbólico (nominal) y que lo regalen sin importar si el individuo se inscribe o no. El valor simbólico actualmente se define como un artículo valorado en \$15 o menos, basado en el precio de compra al por menor, sin importar cual fuera el precio actual. CMS modificará el valor simbólico actual cuando sea necesario debido a la inflación u otros factores relevantes.

Recordatorios sobre actividades promocionales

Contactos no solicitados

- Extiende la prohibición existente contra las ventas de puerta-en-puerta
 - Llamadas de mercadeo salientes
 - Sitios compartidos
 - Llamados/visitas después de participar en un evento de ventas
 - A menos que se autorice expresamente
 - Correo electrónico no solicitado

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

46

- La prohibición de ventas de puerta-en-puerta se extiende a otras instancias de contacto no solicitado que pudieran ocurrir fuera de las ventas anunciadas o eventos educativos. Las actividades prohibidas incluyen pero no se limitan a:
 - Llamadas salientes de mercadeo, al menos que el beneficiario haya pedido la llamada. Esto incluye contactos con miembros actuales para venderles otros productos de Medicare, salvo las excepciones que se permiten a continuación.
 - Llamadas a miembros anteriores que cancelaron su póliza, o a miembros actuales que están en el proceso de cancelar voluntariamente, para mercadear planes o productos, salvo las excepciones que se permiten a continuación.
 - Llamadas a los beneficiarios para confirmar que recibieron información enviada por correo, salvo las excepciones que se permiten a continuación.
 - Llamadas a los beneficiarios para confirmar que aceptan la cita hecha por terceros o por un agente independiente.
 - Acercarse a un beneficiario en lugares comunes (por ejemplo, estacionamientos, pasillos, salas de espera, etc.)
 - Llamadas o visitas a los beneficiarios que asisten a los eventos de ventas, a menos que el beneficiario haya dado permiso para una llamada o visita en el evento.
- Las organizaciones pueden:
 - Hacer llamadas externas a los miembros actuales para los negocios normales relacionados con la inscripción en el plan, incluyendo llamadas a los miembros que han salido involuntariamente para resolver temas de elegibilidad.
 - Llamadas a los miembros anteriores después de la fecha efectiva de la cancelación para realizar una encuesta para mejorar la calidad de los servicios. Estas encuestas pueden ser realizadas por teléfono o enviadas por correo, pero ni la llamada ni el correo puede incluir información de ventas o mercadeo.
 - En circunstancias limitadas y sujeto a previa aprobación por la oficina regional correspondiente de CMS, pueden llamar a miembros elegibles para LIS cuando su plan potencialmente está perdiendo debido a una reasignación, y para animarlos a que se queden en su plan actual.
 - Llamadas a los beneficiarios que expresamente han dado permiso para que un plan o agente de ventas se comunique con ellos, por ejemplo, llenando una tarjeta de ventas o pidiéndole a un Representante de Servicio al Cliente (CSR por su sigla en inglés) que un agente los llame.

Recordatorios sobre actividades promocionales

Ventas Cruzadas

- Prohibidas durante cualquier actividad de ventas/presentación de MA o la Parte D
- No se pueden comercializar productos no relacionados con la salud
 - Anualidades
 - Seguros de vida
 - Otros productos
- Se permiten sólo en llamadas entrantes, a petición

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

47

- El mercadeo de productos relacionados con los servicios de salud (tal como las anualidades y los seguros de vida) a afiliados potenciales durante cualquier actividad o presentación de ventas de MA o la Parte D se considera venta cruzada y es una actividad prohibida. Los beneficiarios ya enfrentan decisiones difíciles respecto a sus opciones de cobertura, y deben poder enfocarse sobre las opciones de Medicare sin la confusión o la sugerencia que los productos médicos y los que no son médicos forman parte del mismo paquete. Los planes pueden vender productos no-relacionados con la salud durante las llamadas entrantes, cuando un beneficiario solicita información sobre otros productos no-relacionados con la salud. El mercadeo a miembros afiliados actuales de productos de cuidado de salud no-cubiertos por el Plan MA, y/o productos no relacionados con el cuidado de salud, está sujeto a las reglas de la Ley sobre Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por su sigla en inglés).
- CMS se preocupa por el mercadeo de productos no relacionados con la salud durante mensajes de espera telefónica y en sistemas interactivos de voz (IVR) que pueden usar los planes para automatizar su interfaz para llamadas entrantes. Estamos considerando la posibilidad de emitir pautas prohibiendo o limitando las ventas cruzadas durante estos tipos de mensajes, y nos interesa recibir la retroalimentación del sector durante las llamadas del Grupo de Usuarios.

Recordatorios sobre actividades promocionales

Alcance de las citas

- Se debe especificar el tipo de producto
 - Previo al mercadeo y/o cita en el hogar
 - Medigap
 - MA
 - PDP
 - Otros
- Productos adicionales solo se pueden discutir
 - A petición del beneficiario
 - En una cita separada

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

48

- Las pautas de mercadeo de Medicare requieren que los representantes de mercadeo claramente identifiquen los tipos de productos a ser discutidos antes de ofrecerlos al afiliado potencial. Los representantes de mercadeo que se junten inicialmente con un beneficiario para platicar sobre líneas comerciales específicas del plan (líneas comerciales separadas incluyen Medigap, MA, y PDP) deben informarle al beneficiario sobre todos los productos a ser discutidos antes de la cita en el hogar, para que dispongan de información precisa para tomar una decisión informada sobre sus beneficios de Medicare, sin presiones.
- Antes de la cita, el beneficiario debe estar de acuerdo con el alcance de la cita. El plan debe documentar la cita por escrito, o grabarla en caso de ser telefónica. Por ejemplo: un beneficiario asiste a una presentación de ventas y programa una cita. El agente debe conseguir documentación por escrito y firmada por el beneficiario, con su acuerdo sobre los productos a ser discutidos durante la cita.
- Las citas hechas por teléfono también deben documentarse mediante una grabación. Las organizaciones deben utilizar sus sistemas existentes para monitorear y darle seguimiento a llamadas donde hay interacción del beneficiario. Organizaciones que se comunican con un beneficiario para responder a una tarjeta de negocios únicamente pueden discutir los productos que se incluyeron en el anuncio.
- No se puede hablar sobre productos adicionales, a menos de que el beneficiario haya solicitado la información. Por otra parte, cualquier otra línea comercial que no se haya identificado antes de la cita en el hogar requerirá una cita separada.

Recordatorios sobre actividades promocionales

Dependencias médicas

- Se permite el mercadeo en sitios compartidos
 - Hospitales o cafeterías de asilos para ancianos
 - Salones comunitarios o de recreo
 - Salas de conferencias
- No se permite ninguna actividad de mercadeo en las siguientes dependencias
 - Salas de espera
 - Salas de examen médico y cuartos de pacientes en los hospitales
 - Centros de diálisis y la farmacia

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

49

- Las organizaciones no pueden desempeñar actividades de ventas en las dependencias médicas, salvo en los sitios compartidos (áreas comunes). Dichos sitios incluyen las cafeterías de los hospitales y de los asilos para ancianos, salones comunitarios o de recreo y salas de conferencia. Si una farmacia está dentro de una tienda, se consideraría como sitio compartido al espacio que está fuera del área donde los pacientes esperan para recibir sus servicios o interactúan con los proveedores de la farmacia y obtienen medicamentos.
- Los planes no pueden hacer presentaciones de ventas, o distribuyan y acepten inscripciones en áreas donde los pacientes principalmente reciben servicios de salud. Dichas áreas restringidas por lo general incluyen, pero no se limitan a las salas de espera, salas de examen médico, cuartos de pacientes en el hospital, centros de diálisis y la farmacia (donde los pacientes esperan para recibir sus servicios o interactúan con los proveedores de la farmacia y obtienen medicamentos). Los planes pueden concertar una cita con beneficiarios que residen en centros de cuidado a largo plazo solamente a pedido del beneficiario. Por otra parte, a los proveedores se les permite colocar y/o distribuir materiales de mercadeo sobre todos los planes en que participa el proveedor, y mostrar afiches y otros materiales anunciando las relaciones contractuales del plan.

Recordatorios sobre actividades promocionales

Eventos educativos

- Ninguna actividad de mercadeo en eventos educativos
 - Ferias de salud
 - Exposiciones
 - Eventos patrocinados por el estado o la comunidad
- Los planes pueden distribuir
 - Materiales de Medicare y/o educativos sobre la salud
 - Tarjetas de agente/corredor
 - No pueden contener información de mercadeo

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

50

- Los eventos educativos no pueden incluir actividades de ventas tales como la distribución de los materiales de mercadeo o la distribución o recolección de inscripciones para los planes. CMS ha aclarado que el propósito de los eventos educativos es brindar información objetiva sobre el programa de Medicare y/o mejoras para la salud y bienestar. Por lo tanto, los eventos educativos no deben ser utilizados para guiar o intentar guiar al beneficiario hacia algún plan específico.
- Las organizaciones que patrocinan o participan en los eventos educativos deben incluir una declaración en los materiales publicitarios del evento diciendo que el evento es “solamente educativo y que no habrá información disponible sobre el plan”.
- Los eventos educativos pueden ser patrocinados por un plan o planes o por una entidad externa, y son eventos promovidos como eventos de índole educativa con múltiples vendedores, como por ejemplo, ferias de información sobre la salud, conferencias y exposiciones, eventos patrocinados por el estado o la comunidad, etc.
- Un evento de ventas es uno patrocinado por un plan u otra entidad con propósito de mercadeo, o para guiar o intentar guiar a miembros potenciales a inscribirse en un plan.

Recordatorios sobre actividades promocionales

Prohibición de comidas

- A los miembros potenciales no se les puede
 - Dar comidas
 - Subsidiar las comidas
- Se aplica a toda reunión o evento donde
 - Se discuten los beneficios de un plan, o
 - Se distribuyen los materiales de un plan

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

51

- Los Planes Medicare Advantage y Planes de Medicamentos Recetados no pueden permitir que se ofrezca comida a los miembros potenciales, o que dichas comidas sean subsidiadas, en los eventos de ventas o en cualquier reunión donde se discuten los beneficios del plan y/o se distribuyen materiales del plan.
- Los agentes y/o corredores pueden ofrecer refrescos y una merienda ligera a los posibles miembros. Los planes deben usar su mejor juicio para asegurarse de que la comida que ofrecen esté permitida y deben asegurarse de que los refrigerios ofrecidos no puedan ser considerados una comida y/o que no se ofrezcan muchos alimentos “juntos” y que parezcan una comida.
- CMS no pretende definir el término “comida” o crear una lista de productos considerados como una merienda ligera, pero los alimentos siguientes podrían ser aceptables:
 - fruta, vegetales crudos, repostería, galletas y otros postres pequeños, galletas saladas, pastelitos, queso, papitas, yogurt y nueces
- Como con todas las reglamentaciones y pautas de mercadeo, es la responsabilidad de las organizaciones MA y PDP monitorear las acciones de todos los agentes que venden sus planes y tomar pasos proactivos para hacer cumplir esta prohibición. CMS verificará que los planes y los agentes estén cumpliendo esta prohibición y se implementarán las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento.

Licencia estatal para los agentes

- Agentes/corredores de organizaciones MA y PDP
 - Deben tener una licencia o certificado del estado, o estar registrados
 - Se aplica a agentes/corredores, tanto contratistas como empleados propios

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

52

- Las organizaciones MA y los patrocinadores de la Parte D que realizan actividades de mercadeo a través de agentes independientes tienen que usar individuos que estén licenciados, certificados o registrados en ese estado.
- Tanto los agentes independientes como el personal interno de ventas que hacen tareas de mercadeo deben poseer licencia.

Nombramiento estatal de agentes

- Las organizaciones deben cumplir las leyes estatales sobre nombramientos
 - Los planes deben aportar información sobre los agentes
- Se deben pagar los cargos requeridos para nombramientos

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

53

- Las organizaciones MA y PDP deben cumplir con las leyes estatales sobre nombramientos que requieren que los planes aporten información sobre los agentes que están comercializando los planes de la Parte C y Parte D.
- Las organizaciones también deben pagar cualquier cargo que corresponda.

Informe sobre los agentes despedidos

- Las organizaciones deben informar sobre el despido de agentes/corredores
 - En conformidad con leyes estatales sobre nombramientos
 - Al estado donde se nombró al agente/corredor
 - Se deben incluir los motivos del despido

- Las Organizaciones Medicare Advantage (MAO) o patrocinadores de la Parte D deben informar sobre el despido de los agentes/corredores, y los motivos al estado donde se nombró al agente/corredor, en conformidad con la ley estatales sobre nombramientos.

Remuneración de agentes/corredores

- Normas
 - Para agentes/corredores contratistas y empleados
 - Diseñados para eliminar incentivos
 - Por ejemplo, tratar de motivar traslados inapropiados de un plan a otro

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

55

- Las normas para los MA y PDP que mercadean por medio de agentes/corredores, tanto los que son contratistas como empleados propios, están diseñados para eliminar incentivos que motiven traslados inapropiados de un plan a otro.

Capacitación y evaluación del agente/corredor

- Todos los agentes/corredores deben ser entrenados/evaluados todos los años
 - Normas y reglamentos de Medicare
 - Detalles del plan sobre los productos que vende
 - Agentes contratados y empleados
 - El entrenamiento debe completarse antes del comienzo de cada nueva temporada de venta
 - Para las actividades de mercadeo después de esa fecha

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

56

- Los patrocinadores de las MAO y de la Parte D tienen que asegurarse de que los agentes y corredores que venden los productos de Medicare sean capacitados todos los años con respecto a los reglamentos y las normas de Medicare y sobre los detalles específicos del plan cuyos productos están vendiendo.
- Los patrocinadores de las MAO y de la Parte D tienen que asegurarse de que los agentes y corredores que venden productos de Medicare sean evaluados todos los años con respecto a los reglamentos y las normas de Medicare y los detalles específicos del plan cuyos productos están vendiendo.
- La capacitación y las evaluaciones deben completarse antes del comienzo de cada nueva temporada de venta, para que el corredor/agente pueda desempeñar actividades de mercadeo a partir de esa fecha.

Capacitación y evaluación del agente/corredor

- Se requiere una calificación del 85% para aprobar
- Por escrito, o por computadora
 - Se debe mantener la integridad
 - Debe existir un proceso para los que no aprueban el examen

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

57

- Para poder vender productos de Medicare, un corredor o agente debe recibir una calificación del 85% para aprobar el examen. Las organizaciones y patrocinadores deben asegurar que sus programas de capacitación y evaluación estén diseñados y sean implementados de tal forma que se mantenga la integridad de la capacitación y la evaluación. Al hacerlo, deben tener un proceso para manejar instancias de agentes que no aprueban el examen en su primer intento.

CMS controla las actividades de mercadeo

- Fiscalización de las actividades de mercado
 - Detectar, prevenir, y responder a violaciones de mercadeo
 - Compras secretas en eventos de ventas al público
 - Compras secretas en citas individualizadas
 - Enfoque especial en las personas que no renuevan (NR)
 - En los 55 mercados con las tasas más elevadas de no-renovación
 - Centros de llamadas de los planes

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

58

- Se identificó el control de actividades de mercadeo y su vulnerabilidad, debido a quejas persistentes y evidencia de conducta indebida por parte de agentes y corredores. CMS desarrolló una estrategia integral de vigilancia diseñada para detectar, prevenir, y responder a las violaciones de mercadeo. CMS le da seguimiento y le agrega a su estrategia de vigilancia para monitorear el cumplimiento con respecto al mercadeo, incluyendo:
 - Compras secretas para evaluar el cumplimiento de los requisitos de mercado en eventos de ventas al público.
 - Compras (pre-planeadas) secretas en citas individualizadas para evaluar el cumplimiento de los requisitos en contextos individualizados con agentes de mercadeo y representantes de los planes.
 - Compras secretas con enfoque sobre personas que no renuevan en los mercados con las tasas más elevadas de falta de renovación, para asegurarse de que los planes restantes no estén usando tácticas intimidatorias para ganar afiliados.
 - Compras secretas con los centros de llamadas de los planes que no renuevan, para evaluar la veracidad de la información de los representantes de servicio al cliente en relación a la actividad de NR.

CMS controla las actividades de mercadeo

- Estrategia de vigilancia
 - Servicio de recortes (anuncios en los periódicos)
 - Revisión de sitios en Internet
 - Observaciones y respuestas en “tiempo real”
 - Para garantizar que los planes detecten, reporten, y respondan a las representaciones falsas de agentes/corredores en el mercadeo.

04/18/2011

Planes Medicare Advantage y otros Planes Medicare

59

- Estrategia de vigilancia de CMS para monitorear el cumplimiento con normas de mercadeo, continuación:
 - Servicio de recortes (anuncios en los periódicos) para evaluar si los eventos de mercadeo están siendo reportados a CMS, y revisar los anuncios de mercadeo para constatar si se ha usado un lenguaje inapropiado o que pudiera conducir al error con respecto a la actividad de no renovación.
 - Evaluación de sitios de Internet sobre el mercadeo, para verificar que los números de identificación para el mercadeo y fechas de aprobación están presentes en cada sitio del Internet, y que los enlaces requeridos estén activos.
 - Asegurar que los planes de salud y medicamentos detecten, reporten, y respondan a las representaciones falsas por corredores y otros asuntos.
- Las filosofías de vigilancia de CMS incluyen observaciones y respuestas en “tiempo real”, recursos que se asignan inicialmente en base al riesgo y luego se ajustan conforme al desempeño, brindándole a la industria la oportunidad de investigar y responder a las violaciones. Se toman acciones para exigir el cumplimiento solamente cuando se confirman y convalidan las deficiencias, y la gravedad de la acción se basa en la gravedad y recurrencia de las violaciones.
- Todavía hay campo para mejorar. Aproximadamente el 40% de los eventos de ventas al público tenían una violación o más. La incidencia de comportamiento notorio o tácticas agresivas de mercadeo es más reducido que en años anteriores, pero todavía existen **dificultades** para brindar información sobre las prestaciones de los planes de salud y medicamentos que clara, completa, y exacta.

Este módulo fue ofrecido por

 **National Medicare**
TRAINING PROGRAM

Si tiene preguntas sobre estos materiales
de entrenamiento, envíe un correo electrónico a

www.NMTP@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NMTP o para suscribirse
a nuestra listserv (lista de servicios), visite

www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram